

Bindend advies

Geschillencommissie Zorgverzekeringen

(mr. H.A.J. Kroon, mr. drs. J.W. Heringa en mr. M.T.C.J. Nauta-Sluijs)

Zaaknummer: 202300631

Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

en

- 1) CZ Zorgverzekeringen N.V. te Tilburg,
 - 2) OWM CZ groep u.a. te Tilburg,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

1. Samenvatting

- 1.1. Verzoeker heeft aan de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te beslissen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden de kosten van de aangevraagde tandheelkundige behandeling te vergoeden ten laste van de zorgverzekering. De ziektekostenverzekeraar heeft gesteld dat weliswaar een behandelbehoefte bestaat, maar geen verzekeringsindicatie voor tandheelkundige hulp in bijzondere gevallen, zodat de kosten van de tandheelkundige behandeling niet op basis daarvan kunnen worden vergoed.
- 1.2. De commissie overweegt dat uit het advies van het Zorginstituut blijkt dat bij verzoeker sprake is van gebitsslijtage. Deze slijtage is echter niet dusdanig ernstig dat er een zeer ernstige functiestoornis is, die niet met reguliere mondzorg kan worden verholpen. Verder is geen direct verband aangetoond tussen de CRPS en de gebitssituatie van verzoeker. Op basis van de beschikbare informatie in het dossier kan niet worden geconcludeerd dat verzoeker een verzekeringsindicatie heeft voor tandheelkundige hulp in bijzondere gevallen. Voor zover verzoeker stelt dat hij op grond van afspraken die met de ziektekostenverzekeraar zijn gemaakt in 2013 aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van de aangevraagde tandheelkundige behandeling, geldt dat dit door hem niet aannemelijk is gemaakt. De commissie wijst het verzoek af.
- 1.3. Hierna wordt het verloop van de procedure geschetst, daarna volgen de vaststaande feiten en wordt ingegaan op de bevoegdheid van de commissie. Nadat de standpunten van partijen kort zijn weergegeven volgt de beoordeling, en uiteindelijk de uitspraak.

2. Verloop van de procedure

- 2.1. Verzoeker heeft bij e-mailbericht van 21 augustus 2023 commissie gevraagd een uitspraak te doen. Op 30 augustus 2023 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling. Tot het dossier behoren de stukken die tijdens de fase bij de Ombudsman Zorgverzekeringen zijn gewisseld.
- 2.2. Bij brief van 28 september 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 29 september 2023 aan verzoeker gestuurd.

- 2.3. Bij brief van 30 oktober 2023 heeft het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) (zaaknummer: 2023040399) aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht. Een kopie hiervan is op 31 oktober 2023 aan partijen gestuurd. Bij e-mailberichten van 2 november 2023 heeft verzoeker hierop gereageerd. Kopieën van deze e-mailberichten zijn op 3 november 2023 naar de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 2.4. De beslissing in de onderhavige zaak wordt genomen door een commissie die bestaat uit drie leden, die allen kennisnemen van het volledige dossier. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 22 november 2023 door twee leden van de commissie gehoord. Partijen zijn hierover voorafgaand schriftelijk geïnformeerd. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die op 29 november 2023 aan partijen zijn gestuurd. Hierbij is de ziektekostenverzekeraar in de gelegenheid gesteld om hierop te reageren. Dit heeft hij gedaan op 14 december 2023. Een kopie van deze reactie is, eveneens op 14 december 2023, aan verzoeker gestuurd. Verzoeker heeft hier diezelfde dag schriftelijk op gereageerd. Een kopie van deze brief is op 18 december 2023 ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 2.5. De aantekeningen van de hoorzitting zijn op 18 december 2023 aan het Zorginstituut gestuurd met het verzoek de commissie mee te delen of het voorlopig advies van 30 oktober 2023 aanpassing behoeft. Bij brief van 3 januari 2024 heeft het Zorginstituut de commissie meegedeeld dat het voorlopig advies als definitief kan worden beschouwd.

3. Vaststaande feiten

- 3.1. Verzoeker was in 2022 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op grond van de CZdirect Basisverzekering (Natura Direct) (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen CZdirect Aanvullend 4 en CZdirect Tand 1 75% (hierna tezamen: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.
- 3.2. Op 11 oktober 2022 is bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag gedaan voor een tandheelkundige behandeling in het kader van tandheelkundige hulp in bijzondere gevallen.
- 3.3. Bij brief van 22 oktober 2022 heeft de behandelend tandarts van het Radboud UMC, Tandheelkunde, Centrum voor Complexe Tandheelkunde, over verzoeker verklaard:

“(…)

Er is klinisch geen cariës te constateren. Hoewel plaque aanwezig, is de parodontale conditie gezond, zonder pockets. De ankers van de frameprothesen sluiten goed aan, er zijn geen tekenen van resorptie, maar de prothese-elementen zijn versleten. Hij heeft geen pijn aan het kaakgewricht en naar eigen zeggen geen gewrichtsgeluiden of bewegingsbeperkingen. Op de kaakoverzichtsofname (OPT) zijn geen andere bijzonderheden te zien dan de afwezige gebitselementen en verlaagde bodems van beide kaakholten.

De meest logische argumentatie voor het ontstaan van de gebitssituatie van [verzoeker] is dat hij overdag klemt om de bijna constante pijn die gepaard gaat met CRPS, te weerstaan. Dit geeft een verklaring voor de progressie van de gebitsslijtage, zowel op natuurlijke gebitselementen als op de elementen van de frameprothesen. Het is de verwachting dat de frameprothesen de hierbij optredende occlusale belasting verdelen over een groter oppervlak dan alleen dat van de natuurlijke gebitselementen, waardoor de gevolgen voor de individuele elementen minder groot zijn.

De therapie zal erop gericht moeten zijn om [verzoeker] meer bewust te laten zijn van het klemgedrag als pijnbestrijding. Bewustwording is een eerste stap op weg naar zelf-feedback op momenten dat het klemmen zich voordoet. Aan de andere kant zal de opgetreden slijtage moeten worden gecompenseerd door het opbouwen van de natuurlijke gebitselementen en aanpassing van bestaande composietrestauraties. Dit gaat gepaard met een beetverhoging, waardoor de frameprothesen ook moeten worden aangepast. Dit kan aanvankelijk door het aanbrengen

van composiet op de occlusale vlakken om de nieuwe beetverhoging uit te testen. Wordt dit fysiologisch geaccepteerd dan kunnen de prothesen worden gereconstrueerd, waarbij in eerste instantie het metaaldeel niet vervangen zou hoeven te worden.

Hoewel we er ons van bewust zijn dat deze mate van slijtage in combinatie met de gebitsmutilaties volgens het besluit niet voor vergoeding in aanmerking zou komen, zien wij in de ziektegeschiedenis met complicatie die door de operatieve ingreep is ontstaan, en de gevolgen voor het gebit, een reden om gemachtigde zorg te overwegen. [Verzoeker] is er zich van bewust dat er daarbij wellicht onderscheid wordt gemaakt tussen de behandeling van de natuurlijke gebitselementen en het aanpassen van de prothetische voorzieningen. (...)"

- 3.4. De ziektekostenverzekeraar heeft de aanvraag op 18 november 2022 afgewezen.
- 3.5. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar bij e-mailbericht van 21 november 2022 om een toelichting gevraagd alsmede een onderbouwing van de afwijzende beslissing. Tevens vroeg hij om toezending van zijn dossier. De ziektekostenverzekeraar bevestigde de ontvangst bij e-mailbericht van 28 november 2022, en deelde verzoeker mee dat de beantwoording door het Klachtenteam meer tijd zou vergen. Bij e-mailbericht van 30 januari 2023 berichtte de afdeling Juridische Zaken verzoeker dat het dossier ter verdere behandeling was overgedragen en dat verzoeker moest rekenen op enige vertraging bij de beantwoording. Bij brief van 28 februari 2023 verklaarde de ziektekostenverzekeraar zijn afwijzende beslissing te handhaven. Hierop heeft verzoeker zich gewend tot de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen. Bemiddeling door de Ombudsman Zorgverzekeringen leidde niet tot een andere uitkomst.
- 3.6. Bij brief van 30 oktober 2023 heeft het Zorginstituut aan de commissie een voorlopig advies uitgebracht.
- 3.7. Bij brief van 3 januari 2024 heeft het Zorginstituut aan de commissie een definitief advies uitgebracht.

4. **Standpunt verzoeker**

- 4.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar is gehouden de kosten van de aangevraagde tandheelkundige behandeling te vergoeden ten laste van de zorgverzekering.
- 4.2. In dit verband heeft verzoeker toegelicht dat hij dertig jaar geleden last had van hoofdpijnklachten en problemen met het zicht. Zijn behandelend fysiotherapeut verwees hem naar een tandarts, die de resterende gebitselementen opknapte en protheses vervaardigde en plaatste. Tot in 2012 functioneerde alles goed en kon verzoeker normaal leven, zonder pijnbestrijding. In mei 2012 kreeg hij echter een ongeval. Bij de daaropvolgende operatie zijn zenuwen beschadigd en verzoeker kreeg CPRS. In 2017 kwam hier, ook als gevolg van het ongeval, perionies bij. Verzoeker verloor zijn baan en kwam in de WIA terecht. Hij heeft de ziektekostenverzekeraar gevraagd een procedure te starten tegen het ziekenhuis, om aldus zijn schade vergoed te krijgen, maar de ziektekostenverzekeraar was daartoe niet bereid.
- 4.3. In 2016 zijn de gebitsprothesen van verzoeker vervangen en enkele elementen verhoogd. Dit moest in 2020 weer gebeuren. Verzoeker wilde hier duidelijkheid over, ook om inzicht te hebben in de financiële gevolgen. Zijn tandarts verwees hem hierop naar het Radboud UMC. Er volgde een aanvraag en deze werd afgewezen.
- 4.4. In zijn e-mailbericht van 21 november 2022 heeft verzoeker gevraagd om een toelichting op de gehanteerde afwijzgrond en een onderbouwing van de afwijzing door de ziektekostenverzekeraar. Ook vroeg hij om toezending van zijn dossier, zodat hij kon nagaan of alle, voor de beoordeling noodzakelijke gegevens, beschikbaar zijn geweest. De ziektekostenverzekeraar gaf hier evenwel geen gevolg aan. Verzoeker stelt dat hij voldoet aan de toepasselijke voorwaarden, door

de ziektekostenverzekeraar genoemd in zijn brief van 28 februari 2023. Door een foutieve interpretatie is een verkeerde beslissing genomen. Verzoeker benadrukt dat de problemen met zijn gebit de oorzaak zijn van de hoofdpijnklachten, en niet andersom. Ook stelt hij dat het niet zo kan zijn dat hij al zijn boventanden maar moet laten trekken omdat dit financieel aantrekkelijker is voor de ziektekostenverzekeraar, terwijl dit voor hem nog de enige betaalbare oplossing is.

- 4.5. Bij e-mailbericht van 2 november 2023 heeft verzoeker verklaard dat het Zorginstituut niet over alle informatie beschikt en daarom tot een verkeerd advies is gekomen. Het Zorginstituut is niet ingegaan op de vraag die verzoeker eind september 2013 heeft gesteld, namelijk of de ziektekostenverzekeraar een procedure zal starten tegen het ziekenhuis na een mislukte operatie. In reactie hierop heeft de ziektekostenverzekeraar aangegeven dat hij geen procedure zal starten tegen een ziekenhuis waarmee hij zaken doet en dat de zorgkosten kunnen worden gedeclareerd. Niet van belang is of de kosten uit de zorgverzekering of uit een aanvullende verzekering moeten worden betaald.
- De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat hij informatie maar zeven jaar hoeft te bewaren, maar dit betekent niet dat de informatie ook moet worden vernietigd. Er zijn in 2013 afspraken gemaakt. Deze afspraken zijn gemaakt om te voorkomen dat slachtoffers een langdurige procedure moeten doorlopen. Een dergelijke procedure werkt immers averechts op het herstel, als herstel al mogelijk is. Als de ziektekostenverzekeraar de afspraak erkent, is de hele procedure niet meer nodig.
- Verzoeker heeft verder aangevoerd dat op het moment dat een medisch specialist verklaart dat de gebitsslijtage is ontstaan door de chronische pijn die CRPS elke dag met zich brengt, hij dit niet hoeft te bewijzen.
- Voorts heeft verzoeker toegelicht dat hij op advies van zijn behandelend tandarts is doorgestuurd naar de afdeling bijzondere tandheelkunde om de oorzaak van de slijtage boven water te krijgen. Dit is ook gebeurd. De fout die zowel de ziektekostenverzekeraar als het Zorginstituut maakt, is dat verzoeker na overleg met zijn tandarts en de tandarts van het Radboud UMC is overeengekomen dat de behandelend tandarts de nieuwe en speciale protheses, inclusief verhogen en aanpassen, samen met een nieuw nachtbitje gewoon kan maken. Dit hoeft niet uit bijzondere tandheelkunde voort te komen.
- De kosten komen, gelet op het ongeval en de afspraken van september 2013, ten laste van de zorgverzekering en niet ten laste van de aanvullende ziektekostenverzekering.
- 4.6. Ter zitting heeft verzoeker een pleitnota voorgedragen waarin hij uitvoerig zijn standpunt uiteen heeft gezet. Verzoeker heeft zijn gezondheidssituatie en de gang van zaken vanaf 2012 toegelicht. Samengevat beroept verzoeker zich op een toezegging die in 2013 door de ziektekostenverzekeraar is gedaan. De ziektekostenverzekeraar heeft het volgende toegezegd: *"Wij gaan geen procedure starten tegen een ziekenhuis waar we zaken mee doen, u kunt de zorgkosten gewoon declareren"*. Daarnaast betwist verzoeker het oordeel van de adviserend tandarts van de ziektekostenverzekeraar. Er bestaat een verschil van mening over of sprake is van ernstige gebitsslijtage. Volgens de behandelend tandarts is dit aan de orde, maar volgens de adviserend tandarts van de ziektekostenverzekeraar niet.
- In aanvulling hierop heeft verzoeker verklaard dat hij niet heeft overwogen om zelf een procedure te starten tegen het ziekenhuis. Hij is niet in staat om op te boksen tegen een grote instelling als het ziekenhuis.
- Verzoeker heeft benadrukt dat de ziektekostenverzekeraar in 2013 een duidelijke toezegging heeft gedaan. Destijds is geen melding gemaakt dat de toezegging maar voor 7 jaar zou gelden. Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft verzoeker te kennen gegeven dat alle punten die hij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen, zijn besproken.
- 4.7. In zijn brief van 14 december 2023 heeft verzoeker opgemerkt dat volgens de ziektekostenverzekeraar het directe verband met CRPS onvoldoende is vast te stellen. De ziektekostenverzekeraar is blijkbaar van oordeel dat verzoeker de bevindingen van zeer gerenommeerde artsen moet aantonen. De adviserend tandarts van de ziektekostenverzekeraar heeft zich ten onrechte op het standpunt gesteld dat de slijtage van verzoeker normaal is. De slijtage kan niet als normaal worden gezien. Het gaat om een extra slijtage van 50%.

Normaal gesproken duurt dit zes jaar, maar bij verzoeker vier jaar. Onduidelijk is of de door de ziektekostenverzekeraar genoemde duur van zes jaar is gebaseerd op het gebruik van een nachtbitje. Hier heeft verzoeker wel gebruik van gemaakt. Ook het feit dat de slijtage na een periode van zes maanden zo groot is dat hij op de pulpa uitkomt, is niet meegenomen. De ziektekostenverzekeraar dient verder te kijken dan het advies van zijn adviserend tandartsen. Hij heeft ten onrechte alle adviezen van zeer vakbekwame specialisten verworpen en procedurefouten gemaakt.

Verzoeker heeft een brief van de heer Loomans overgelegd waaruit blijkt dat hij zich kan beroepen op de Wet gelijke behandeling. In deze brief wordt namelijk verklaard dat aan patiënten met chronische pijn vergoeding is verleend. De ziektekostenverzekeraar dient zich aan de wetgeving te houden.

Volgens verzoeker hebben meerdere gerenommeerde artsen meer dan voldoende aangegeven dat zijn problematiek medisch is. Conform de afspraak van september 2013 dient de ziektekostenverzekeraar de zorgkosten te vergoeden. Indien de ziektekostenverzekeraar dit niet doet, is hij in gebreke. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard de gegevens te hebben verwijderd, omdat het meer dan zeven jaar geleden is. Verzoeker heeft aangevoerd dat het gaat om een bewaarplicht en niet om een vernietigingsplicht. De ziektekostenverzekeraar heeft niet aangegeven dat de informatie maar voor zeven jaar bewaard zou blijven en heeft ook niet tijdig aangegeven dat deze zeven jaar voorbij zouden gaan. Verzoeker vraagt zich af hoe hij als particulier had moeten weten hoe de ziektekostenverzekeraar na zeven jaar met zijn dossier zou omgaan.

Volgens verzoeker is het niet van belang of hij voldoet aan een lijstje van bijzondere tandheelkunde, gewone tandheelkunde, etc. Zijn situatie is medisch en de ziektekostenverzekeraar dient zijn verantwoordelijkheid te nemen ten aanzien van de afspraak die in 2013 is gemaakt. Verzoeker merkt nog op dat een bepaalde score op een slijtage-index geen formeel vereiste is voor een vergoeding van bijzondere tandheelkunde.

Tot slot merkt verzoeker nog op dat hij ontevreden is over de wijze waarop de ziektekostenverzekeraar zich opstelt in onderhavige procedure. De ziektekostenverzekeraar houdt zich niet aan de afspraken die lopende de procedure zijn gemaakt.

5. Standpunt ziektekostenverzekeraar

- 5.1. De ziektekostenverzekeraar heeft in zijn brief van 28 februari 2023, onder verwijzing naar artikel B.12.1 van de voorwaarden van de zorgverzekering, verklaard dat mondzorg alleen kan worden vergoed vanuit de zorgverzekering als er sprake is van een indicatie voor tandheelkundige hulp in bijzondere gevallen. De ziektekostenverzekeraar verwijst naar eerdere bindende adviezen, waarin wordt gesteld dat uit de toelichting op de wetgeving blijkt dat het moet gaan om een zeer ernstige afwijking. De aandoening moet een ernstige functiestoornis opleveren, zoals oligodontie (het aangeboren ontbreken van ten minste 6 tanden of kiezen) of schisis (een spleet in de lip, kaak of gehemelte) of een ernstig trauma waarbij niet alleen tanden maar ook een ernstige mate aan kaakbot is verloren.
Bij verzoeker is sprake van dystrofie (CRPS) na een bedrijfsongeval, waarvoor hij pijnstilling gebruikt. De ontvangen aanvraag ziet op het opbouwen van diverse natuurlijke elementen en aanpassing van de bestaande composietrestauraties. Dit zal gepaard gaan met een beetverhoging, waarbij ook de bestaande frameprothesen moeten worden aangepast. De tandarts van het Radboud UMC verklaart zich ervan bewust te zijn dat de aangevraagde tandheelkundige zorg, gelet op de mate van slijtage die bij verzoeker aanwezig is, in combinatie met de gebitsmutilaties, volgens het besluit niet voor vergoeding in aanmerking komt, maar ziet, gelet op de ziektegeschiedenis met complicatie die door de operatieve ingreep is ontstaan, en de gevolgen voor het gebit, wel een reden om gemachtigde zorg te overwegen.
- 5.2. Volgens de ziektekostenverzekeraar kan gebitsherstel bij tandweefselverlies van niet carieuze aard een aanspraak zijn. Er moet dan, blijkens de toetsingsrichtlijn 'Slijtage/Erosie bij volwassenen ten behoeve van de adviserend tandarts' van het CAT, zijn voldaan aan de onderstaande indicatieve criteria:

- Er dient sprake te zijn van een ernstige tandheelkundige functiestoornis in ernst vergelijkbaar met schisis.
- Er is bij 8 elementen of meer per kaak sprake van een TWI (Tooth Wear Index Smith and Knight) classificatie 3 of 4:
 - TWI 3: Blootliggend dentine op meer dan 1/3 van het oppervlak Buccaal, Linguaal, en Occlusaal. Incisaal glazuur en substantieel dentineverlies maar nog geen blootliggende pulpa. Cervicaal defect 1-2 mm diep.
 - TWI 4: Compleet glazuurverlies, of blootliggend secundair dentine/ pulpa, Buccaal, Linguaal, en Occlusaal. Incisaal blootliggend secundair dentine/pulpa. Cervicaal defect meer dan 2 mm diep, of blootliggend secundair dentine/pulpa.
- De slijtage kan niet verklaard worden door de leeftijd als zijnde fysiologische slijtage.
- Er dient geen sprake te zijn van uitgestelde zorg.
- Het gaat om glazuurdefecten van niet-carieuze aard, waarvan de vraag is: Levert de ernst van de aandoening een indicatie tot bijzondere tandheelkundige hulp op, en hoe groot is de omvang van de aanspraak in het concrete geval in het licht van het maatmanbeginsel (bron: toelichting Zorginstituut Nederland).
- Een en ander tenzij de tandboog ernstig gemutileerd is.

De adviserend tandarts heeft vastgesteld dat verzoeker niet aan bovenstaande criteria voldoet. De slijtage betreft 6 keer TWI 3 en 2 keer TWI 2 in de onderkaak en 7 keer TWI 3 in de bovenkaak. Er is dan ook geen sprake van een TWI classificatie van 3 of 4 bij meer dan 8 elementen per kaak. Verder zijn de tandbogen ernstig gemutileerd. Er zijn immers twee frameprothesen aanwezig ter vervanging van vele elementen. De aanwezige natuurlijke elementen vertonen geen ernstige vorm van slijtage, niet passende bij de leeftijd van verzoeker. De adviserend tandarts begrijpt dat er een behandelbehoefte bestaat, maar er is bij verzoeker geen sprake van een vergoedingsindicatie in het kader van tandheelkundige hulp in bijzondere gevallen.

In zijn brief van 6 juni 2023 voegt de ziektekostenverzekeraar hier nog aan toe dat de gegevens over de TWI afkomstig zijn van de tandarts van het Radboud UMC.

Over de vraag van verzoeker een procedure te starten tegen het ziekenhuis is intussen geen informatie meer voorhanden. De wettelijke bewaartermijn was reeds verstreken.

De ziektekostenverzekeraar betreurt het als de indruk is gewekt dat verzoeker niet meer mocht reageren naar aanleiding van de brief van 28 februari 2023, en biedt hem hiervoor zijn excuses aan.

- 5.3. In zijn brief van 28 september 2023 vult de ziektekostenverzekeraar aan dat de adviserend tandarts ten behoeve van de onderhavige procedure een beoordeling heeft uitgevoerd aan de hand van het criterium 'een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel' én het criterium 'een niet tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening'.

Uit de brief van de tandarts van 22 oktober 2022 maakt de adviserend tandarts op dat verzoeker jarenlang probleemloos heeft gefunctioneerd. Slijtage van natuurlijke elementen en frames is op zichzelf normaal. De geconstateerde slijtage voldoet niet aan de norm van ernstige slijtage zoals beschreven volgens de richtlijn. Daarbij is de situatie van de frames, alhoewel zeker iets wat moet worden opgelost voor verzoeker, niet uitzonderlijk gelet op de leeftijd.

Klemmen, wat mogelijk samenhangt met de gediagnosticeerde CRPS, vormt geen zelfstandige grondslag voor vergoeding van mondzorg uit de basisverzekering. Er moet een direct verband zijn, en het klemmen dient voorliggend goed te worden behandeld. Voor zover de benodigde behandeling van die klachten onder tandheelkunde valt, wordt dat stukje behandeling wel vergoed ten laste van de basisverzekering.

De slijtage van de natuurlijke elementen als mogelijk gevolg van klemmen, hoe vervelend ook, valt niet onder bijzondere tandheelkunde, tenzij wordt voldaan aan het strikte vergoedingsvereiste waarbij de slijtage zelf kan worden gezien als een ernstige functiestoornis.

Daarbij zijn de frames inmiddels zeven tot acht jaar oud. Dat is een termijn waarna frames ook voor mensen zonder de problematiek van klemmen aangepast, gerepareerd of vervangen moeten worden. Verder blijken uit de administratie van de ziektekostenverzekeraar geen bijzondere zaken. Wel ziet hij dat een spalk voor het klemmen is vervaardigd in 2016, na vervaardiging van de frames. Deze spalk zou bij regulier gebruik inmiddels moeten worden vervangen.

- 5.4. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar nog aangevoerd dat het zijn taak is te beoordelen of de aangevraagde zorg kan worden vergoed vanuit de zorgverzekering. De voorwaarden die zijn opgelegd door de wetgever zijn erg streng. De tandheelkundige situatie van verzoeker is besproken met de adviserend tandarts van de ziektekostenverzekeraar. De conclusie van de adviserend tandarts is dat bij verzoeker een verzekeringsindicatie ontbreekt. Dit wordt bevestigd in het advies van het Zorginstituut.

Voor zover verzoeker stelt dat hem in 2013 bepaalde zaken zijn toegezegd, geldt dat de ziektekostenverzekeraar hierover niets kan terugvinden. Op grond van de Algemene Wet Gegevensbescherming mag een zorgverzekeraar niet alle documenten bewaren. Daarom worden veel documenten na zeven jaar vernietigd. Verder valt niet uit te sluiten dat de zorgvraag van verzoeker sinds 2013 is veranderd. Mogelijk was in 2013 behoefte aan andere zorg. Telkens moet worden beoordeeld of aanspraak bestaat op vergoeding. Dit wordt gedaan aan de hand van de alsdan geldende voorwaarden.

Veel aanvullende ziektekostenverzekeringen van de ziektekostenverzekeraar kennen nu dekking voor mondzorg na een ongeval. Gedekt is tandheelkundige zorg die het directe gevolg is van een ongeval. Daarnaast moet de zorg binnen één jaar na het ongeval worden uitgevoerd. Dit laatste speelt bij verzoeker niet, omdat het ongeval in 2012 heeft plaatsgevonden. De termijn van één jaar is daarom ruimschoots verstreken, nog daargelaten dat de aanvullende ziektekostenverzekeringen in zowel 2012 als 2013 geen dekking kenden voor mondzorg na een ongeval.

Bij de afsluiting van de hoorzitting heeft de ziektekostenverzekeraar te kennen gegeven dat alle punten die hij onder de aandacht van de commissie wenste te brengen, zijn besproken.

- 5.5. In zijn brief van 14 december 2023 heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat hij geen reden ziet voor een aanvulling op zijn eerder ingenomen standpunt. Verzoeker heeft ter zitting goed uitgelegd dat hij eerder ruim 30 jaar met zijn (gedeeltelijke) protheses deed en dat deze sinds het ongeval in 2012 elke vier jaar moesten worden vervangen. Uit de door verzoeker overgelegde pleitnota blijkt dat hij deze frequenter benodigde vervanging relateert aan zijn ongeval. Echter, de feitelijke tandheelkundige situatie van verzoeker kan niet worden aangemerkt als een ernstige functiestoornis die valt onder bijzondere tandheelkunde. Daarnaast is het directe verband met CRPS onvoldoende vast te stellen. Dat de frameprotheses sinds het ongeval elke vier jaar worden vervangen, is vervelend, maar ligt niet bijzonder uit lijn met de gemiddelde vervanging van vijf a zes jaar. Een causaal verband is nu eenmaal in de praktijk vaak lastig vast te stellen omdat er bij iedereen een bepaalde mate van slijtage van de elementen en protheses plaatsvindt. Dat het voor verzoeker onrechtvaardig voelt dat deze mondzorg niet uit de zorgverzekering wordt vergoed in zijn situatie is invoelbaar. De ziektekostenverzekeraar ziet echter geen grond voor vergoeding ten laste van de zorgverzekering.

6. **Advies Zorginstituut**

- 6.1. In het voorlopig advies van 30 oktober 2023 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

"Beoordeling

De informatie in het dossier is medisch en juridisch beoordeeld.

Voor een indicatie tot bijzondere tandheelkundige hulp moet sprake zijn van een zeer ernstige aandoening van het tand-kaak-mondstelsel. De ernst van de functionele aandoening is bepalend voor de vraag of van een ernstige aandoening kan worden gesproken. Bij een zeer ernstige aandoening van het tand-kaak-mondstelsel kan onder andere gedacht worden aan ernstige gebitsslijtage. Om houvast te hebben bij de beoordeling van aanvragen voor ernstige gebitsslijtage heeft het college van adviserend tandartsen (CAT) een protocol opgesteld, waarin criteria zijn geformuleerd voor deze indicatie. Een bepaalde score op een slijtage-index is overigens formeel geen vereiste voor een indicatie tot bijzondere tandheelkundige hulp. Het gaat om de ernst van de functionele aandoening.

Bij verzoeker is weliswaar sprake van gebitsslijtage, maar deze slijtage is niet dusdanig ernstig dat dit een ernstige aandoening van het tand-kaak-mondstelsel vormt. De slijtage is niet zodanig dat er een zeer ernstige functiestoornis is, welke niet met reguliere mondzorg verholpen kan worden.

Ten overvloede merkt het Zorginstituut het volgende op met betrekking tot [de] voorwaarden genoemd in de Toetsingsrichtlijn van het CAT. Op grond van de Toetsingsrichtlijn moet sprake zijn van een volledig natuurlijk gebit (de eigen tanden) waarbij minstens acht tanden of kiezen per kaak (dus 16 in totaal voor het hele gebit) een slijtage hebben van TWI 3 of hoger. Indien het gebit verder gemutileerd is en bijvoorbeeld de zijdelingse delen afwezig zijn dan wordt aan deze voorwaarde niet voldaan.

Verder is er geen direct verband aangetoond tussen de CR.PS en de gebitssituatie van verzoeker. Verzoeker heeft daarom ook geen indicatie op grond van artikel 2.7, lid 1, onder b van het Bzv.

Conclusie

Op basis van de beschikbare informatie in het dossier kan niet geconcludeerd worden dat verzoeker een indicatie heeft tot bijzondere tandheelkundige hulp. Verzoeker kan derhalve geen aanspraak maken op vergoeding van de tandheelkundige behandeling ten laste van de basisverzekering.

Advies

Het Zorginstituut adviseert op basis van de beschikbare informatie in het dossier het volgende: Verzoeker heeft geen indicatie tot bijzondere tandheelkundige hulp."

- 6.2. In het definitief advies van 3 januari 2024 heeft het Zorginstituut, voor zover hier van belang, opgemerkt:

"Zorginstituut Nederland (het Zorginstituut) heeft het verslag van de hoorzitting en de aanvullende stukken ontvangen.

Uit het verslag en de aanvullende stukken komen geen feiten of omstandigheden naar voren die het Zorginstituut aanleiding geven het voorlopig advies te herzien. U kunt het voorlopig advies als definitief beschouwen."

7. Bevoegdheid van de commissie

- 7.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel A.22 van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 7.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

8. Beoordeling

8.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) en het Besluit zorgverzekering (Bzv) over mondzorg, en meer specifiek de tandheelkundige hulp in bijzondere gevallen, en die over het 'redelijkerwijs aangewezen zijn op' zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Voorts zijn de relevante bepalingen uit het Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering (Rv) vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

8.2. Op grond van artikel 2.7 Bzv, welke bepaling ten grondslag ligt aan artikel B.12.1. van de zorgverzekering, bestaat een indicatie voor tandheelkundige hulp in bijzondere gevallen in drie situaties:

(a) als de verzekerde een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of een verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel heeft. Uit de Nota van Toelichting bij artikel 2.7 Bzv volgt dat hierbij moet worden gedacht aan oligodontie, schisis en oncologiepatiënten met gedeeltelijke resectie van kaakdelen.

(b) als de verzekerde een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening heeft én de verzekerde zonder mondzorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven op hetzelfde niveau als dat het gebit zou zijn geweest zonder deze aandoening. Hierbij kan worden gedacht aan een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke handicap, waardoor extra ondersteuning of zorg nodig is naast de reguliere tandheelkundige zorg. Dit is bijvoorbeeld aan de orde als iemand een ziekelijke angst heeft voor de tandarts of als iemand last heeft van epileptische aanvallen. Alleen de meerkosten van de tandheelkundige behandeling worden in deze situaties vergoed. Ook kan worden gedacht aan een niet-tandheelkundige aandoening, waarbij deze aandoening - of de behandeling hiervan - het gebit aantoonbaar heeft verslechterd en de tandheelkundige functie als gevolg hiervan niet kan worden behouden.

(c) als een medische behandeling zonder de mondzorg onvoldoende resultaat heeft en de verzekerde zonder mondzorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven op hetzelfde niveau als dat het gebit zou zijn geweest zonder deze aandoening. Hierbij kan worden gedacht aan het ontstekingsvrij maken van de mond voorafgaand aan een behandeling, zoals een operatieve ingreep of een oncologische behandeling, omdat deze ingreep of behandeling anders minder kans van slagen heeft of de kans op ernstige complicaties anders onnodig groot is.

8.3. In zijn brief van 22 oktober 2022 stelt de tandarts van het Radboud UMC: *"Hoewel we er ons van bewust zijn dat deze mate van slijtage in combinatie met de gebitsmutilaties volgens het besluit niet voor vergoeding in aanmerking zou komen (...)"*. De commissie begrijpt dit aldus dat met het besluit is bedoeld op het hiervoor aangehaalde artikel 2.7 Bzv en dat verzoeker niet aan de hierin opgenomen voorwaarden voldoet.

Omdat de juistheid van die laatste conclusie niet zonder meer mag worden aangenomen, is het goed dat de adviserend tandarts van de ziektekostenverzekeraar een eigen beoordeling heeft uitgevoerd aan de hand van de toetsingsrichtlijn 'Slijtage/Erosie bij volwassenen ten behoeve van de adviserend tandarts' van het CAT. De uitkomst hiervan is - samengevat - dat bij verzoeker geen sprake is van een TWI classificatie van 3 of 4 bij meer dan 8 elementen per kaak, dat de tandbogen ernstig zijn gemutileerd (er zijn twee frameprothesen aanwezig ter vervanging van vele elementen), en dat de nog aanwezige natuurlijke elementen geen ernstige vorm van slijtage vertonen, niet passende bij de leeftijd. Dit alles is door verzoeker niet dan wel onvoldoende gemotiveerd bestreden.

Hoewel de wens van verzoeker om kennis te nemen van het dossier en de onderbouwing van de afwijzing van de ziektekostenverzekeraar begrijpelijk is, is zijn suggestie dat de beoordeling van de aanvraag mogelijk niet heeft plaatsgevonden op basis van alle, daartoe noodzakelijke gegevens, niet terecht. De aanvragend tandarts heeft destijds al een voorbehoud gemaakt, de informatie over de TWI is van hem afkomstig, en dat de tandbogen ernstig zijn gemutileerd vormt geen punt van twijfel.

- 8.4. De tandarts van het Radboud UMC heeft voorts gesteld: "(...) in de ziektegeschiedenis met complicatie die door de operatieve ingreep is ontstaan, en de gevolgen voor het gebit, een reden [te zien] om gemachtigde zorg te overwegen. (...)"
Het is de commissie niet helder hoe dit moet worden begrepen. Duidelijk is dat verzoeker door CRPS pijnklachten heeft. 's Nachts draagt hij een "nightguard" en overdag verbijt hij de pijn. Of dit de oorzaak is van de slijtage staat kennelijk niet vast, nu verzoeker zelf heeft verklaard deze nog te willen onderzoeken, omdat hij vreest elke vier jaar te worden geconfronteerd met een ingrijpende tandheelkundige behandeling. Ook de tandarts die de aanvraag heeft ingediend legt geen rechtstreekse relatie.
- 8.5. In zijn advies van 30 oktober 2023 aan de commissie overweegt het Zorginstituut in de eerste plaats dat bij verzoeker weliswaar sprake is van gebitsslijtage, maar dat deze slijtage niet dusdanig ernstig is dat dit een ernstige aandoening van het taak-tand-mondstelsel vormt. De slijtage is niet zodanig dat er een zeer ernstige functiestoornis is, die niet met reguliere mondzorg kan worden verholpen.
Verder overweegt het Zorginstituut dat geen direct verband is aangetoond tussen de CRPS en de gebitssituatie van verzoeker.
Volgens het Zorginstituut kan op basis van de beschikbare informatie in het dossier niet worden geconcludeerd dat verzoeker een indicatie heeft tot bijzondere tandheelkundige hulp. Verzoeker kan daarom geen aanspraak maken op vergoeding van de aangevraagde tandheelkundige behandeling ten laste van de zorgverzekering. De commissie ziet geen reden om van het advies van het Zorginstituut af te wijken en neemt dit over. Dit betekent dat verzoeker noch op grond van het vermelde in onderdeel 8.2. onder (a) noch op basis van onder (b) een verzekeringsindicatie heeft voor tandheelkundige hulp in bijzondere gevallen.
- 8.6. Verzoeker heeft nog aangevoerd dat hij in 2013 afspraken heeft gemaakt met de ziektekostenverzekeraar over het vergoeden van zorgkosten. De commissie overweegt dat, nu verzoeker onder verwijzing naar deze afspraken aanspraak maakt op volledige vergoeding van de kosten, gelet op artikel 150 Rv, de stelplicht en eventuele bewijslast op hem rust. Dit betekent dat het aan verzoeker is te stellen en zo nodig te bewijzen dat hem, in afwijking van de verzekeringsvoorwaarden een ongeclausuleerde en eenduidige toezegging is gedaan. Hierin is verzoeker niet geslaagd. Dit betekent dat verzoeker ook op deze grond geen aanspraak heeft op vergoeding van de kosten van de aangevraagde tandheelkundige behandeling.
De kwestie van de procedure tegen het ziekenhuis behoeft in dit kader geen bespreking. Bepalend voor de aanspraak zijn de verzekeringsvoorwaarden en de onderliggende wet- en regelgeving, niet de eventuele verhaalsmogelijkheden van de betrokken zorgverzekeraar.
Voor zover verzoeker tot slot nog stelt dat de gebitsproblemen de oorzaak zijn van hoofdpijnklachten en hij hiermee een beroep heeft willen doen op de in onderdeel 8.2. onder (c) vermelde indicatie, overtuigt dit niet. Hiertoe is vereist dat verzoeker voor de desbetreffende klachten wordt behandeld en daarnaast dat die behandeling geen of een slechter resultaat heeft door de toestand van het gebit. Dit is echter door verzoeker niet aannemelijk gemaakt.
Verzoeker lijkt te suggereren dat de behandeling kan worden uitgevoerd door zijn tandarts en dat daarom niet hoeft te worden getoetst aan de voorwaarden voor tandheelkundig hulp in bijzondere gevallen. De commissie merkt hierover op dat reguliere tandheelkundige hulp aan volwassenen slechts beperkt is opgenomen in de zorgverzekering. Het gaat hierbij met name om de volledige uitneembare prothese. Bij verzoeker zijn nog elementen in de boven- en onderkaak aanwezig zodat dit bij hem niet aan de orde is.

Slotsom

- 8.7. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

9. **Bindend advies**

9.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 31 januari 2024,

H.A.J. Kroon

Informatie voor partijen

Staat in de uitspraak een schrijffout, rekenfout of andere duidelijke vergissing? Dan kan elke partij de geschillencommissie vragen om dit te verbeteren. Dat moet gebeuren binnen tien dagen na de verzending van de uitspraak. De beslissing van de geschillencommissie kan niet ter discussie worden gesteld.

Binnen één jaar na de verzending van de uitspraak kan elke partij de rechter vragen om de uitspraak te vernietigen. Dit kan alleen als sprake is van ernstige gebreken. Een en ander is geregeld in artikel 7:904 BW.

BIJLAGE - Relevante bepalingen

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering

Zorgverzekeringswet

Artikel 10

Het krachtens de zorgverzekering te verzekeren risico is de behoefte aan:

- a. geneeskundige zorg, waaronder de integrale eerstelijnszorg zoals die door huisartsen en verloskundigen pleegt te geschieden;
- b. mondzorg;
- c. farmaceutische zorg;
- d. hulpmiddelenzorg;
- e. verpleging;
- f. verzorging, waaronder de kraamzorg;
- g. verblijf in verband met geneeskundige zorg;
- h. vervoer in verband met het ontvangen van zorg of diensten als bedoeld in de onderdelen a tot en met g, dan wel in verband met een recht op zorg op grond van de Wet langdurige zorg.

Artikel 11

1. De zorgverzekeraar heeft jegens zijn verzekerden een zorgplicht die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit:
 - a. de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft, of
 - b. vergoeding van de kosten van deze zorg of overige diensten alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten.
2. In de zorgverzekering kunnen combinaties van verzekerde prestaties als bedoeld in het eerste lid, onderdeel a of b, worden opgenomen.
3. Bij algemene maatregel van bestuur worden de inhoud en omvang van de in het eerste lid bedoelde prestaties nader geregeld en kan voor bij die maatregel aan te wijzen vormen van zorg of overige diensten worden bepaald dat een deel van de kosten voor rekening van de verzekerde komt.
4. In de algemene maatregel van bestuur kan worden bepaald dat bij ministeriële regeling:
 - a. vormen van zorg of overige diensten kunnen worden uitgezonderd van de in het eerste lid bedoelde of in de maatregel nader omschreven prestaties;
 - b. de inhoud en omvang van de prestaties bestaande uit zorg als bedoeld in artikel 10, onderdelen a, c en d, nader wordt geregeld;
 - c. nadere regels kunnen worden gesteld over het deel van de kosten dat voor rekening van de verzekerde komt.
5. Een zorgverzekeraar kan modelovereenkomsten aanbieden waarin, in geringe afwijking van het bepaalde bij of krachtens het eerste en derde lid, bepaalde om ethische of levensbeschouwelijke redenen controversiële prestaties buiten de dekking van de zorgverzekering blijven.

Besluit zorgverzekering

Artikel 2.1

1. De zorg en overige diensten, bedoeld in artikel 11, eerste lid, onderdeel a, van de wet omvatten de vormen van zorg of diensten die naar inhoud en omvang zijn omschreven in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, met uitzondering van vormen van zorg of diensten die voor de verzekerden kunnen worden bekostigd op grond van een wettelijk voorschrift.
2. De inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
3. Onverminderd hetgeen is bepaald in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, heeft de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
4. Onder de zorg en overige diensten, bedoeld in het eerste lid, valt niet forensische zorg als bedoeld in artikel 1.1, tweede lid, van de Wet forensische zorg of forensische zorg als aangemerkt in of krachtens een algemene maatregel van bestuur.
5. In afwijking van het tweede lid vallen onder de zorg en overige diensten, bedoeld in de artikelen 2.4, 2.6, 2.8 of 2.9, ook de zorg en diensten die bij ministeriële regeling zijn aangewezen onder de daarbij geregelde voorwaarden en gedurende een daarbij aan te geven termijn van maximaal veertien jaar, voor zover er sprake is van verantwoorde zorg en diensten.

Artikel 2.7

1. Mondzorg omvat zorg zoals tandartsen die plegen te bieden, met dien verstande dat het slechts betreft tandheelkundige zorg die noodzakelijk is:
 - a. indien de verzekerde een zodanige ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel heeft dat hij zonder die zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven, gelijkwaardig aan die welke hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet zou hebben voorgedaan;
 - b. indien de verzekerde een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening heeft en hij zonder die zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven gelijkwaardig aan die welke hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet had voorgedaan; of
 - c. indien een medische behandeling zonder die zorg aantoonbaar onvoldoende resultaat zal hebben en de verzekerde zonder die andere zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven gelijkwaardig aan die welke hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet had voorgedaan.
2. Onder de zorg, bedoeld in het eerste lid, onderdeel a, is tevens begrepen het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat, indien er sprake is van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak en deze dienen ter bevestiging van een uitneembare prothese.
3. Orthodontische hulp is slechts onder de zorg, bedoeld in het eerste lid, begrepen in geval van een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel, waarbij medediagnostiek of medebehandeling van andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk is.
4. Mondzorg omvat voor verzekerden jonger dan achttien jaar in andere gevallen dan het eerste lid, onderdelen a tot en met c:
 - a. periodiek preventief tandheelkundig onderzoek, eenmaal per jaar, tenzij de verzekerde

- tandheelkundig meer keren per jaar op die hulp is aangewezen;
 - b. incidenteel tandheelkundig consult;
 - c. het verwijderen van tandsteen;
 - d. fluorideapplicatie, maximaal tweemaal per jaar, tenzij de verzekerde tandheelkundig meer keren per jaar op die hulp is aangewezen;
 - e. sealing;
 - f. parodontale hulp;
 - g. anesthesie;
 - h. endodontische hulp;
 - i. restauratie van gebitselementen met plastische materialen;
 - j. gnathologische hulp;
 - k. uitneembare prothetische voorzieningen;
 - l. chirurgische tandheelkundige hulp, met uitzondering het aanbrengen van tandheelkundige implantaten;
 - m. röntgenonderzoek, met uitzondering van röntgenonderzoek ten behoeve van orthodontische hulp.
5. Mondzorg omvat voor verzekerden van achttien jaar en ouder in andere gevallen dan het eerste lid, onderdelen a tot en met c:
- a. chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard en het daarbij behorende röntgenonderzoek, met uitzondering van parodontale chirurgie, het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat en ongecompliceerde extracties;
 - b. uitneembare volledige prothetische voorzieningen voor de boven- of onderkaak, al dan niet te plaatsen op tandheelkundige implantaten. Tot een uitneembare volledige prothetische voorziening te plaatsen op tandheelkundige implantaten, behoort eveneens het aanbrengen van het vaste gedeelte van de suprastructuur.
6. Mondzorg omvat voor verzekerden jonger dan drieëntwintig jaar in andere gevallen dan het eerste lid, onderdelen a tot en met c, tandvervangende hulp met niet-plastische materialen alsmede het aanbrengen van tandheelkundige implantaten, indien het de vervanging van een of meer ontbrekende, blijvende snij- of hoektanden betreft die in het geheel niet zijn aangelegd, dan wel omdat het ontbreken van die tand of die tanden het directe gevolg is van een ongeval, en indien de noodzaak van deze zorg is vastgesteld voordat de verzekerde de leeftijd van achttien jaar heeft bereikt.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- De zorg wordt verrekend met het eigen risico, behalve als u deze zorg binnen ketenzorg ontvangt.
- In een aanvullende verzekering kan soortgelijke zorg extra of ruimer verzekerd zijn. Op uw Vergoedingen Overzicht kunt u zien of dit zo is.
- U hebt geen recht op vergoeding van diëtetiek buiten ketenzorg als u al zorg binnen ketenzorg ontvangt van een zorggroep voor dezelfde aandoening. Dat kan alleen als sprake is van een aanvullende zorgvraag op grond van een andere, gerichte indicatie;
- U hebt geen recht op vergoeding van diëtetiek als die niet met een geneeskundig doel is gegeven, zoals bijvoorbeeld dieetadviezen in verband met afslanken of sport zonder dat daarvoor een medisch doel is of een medische noodzaak bestaat;
- U hebt voor dezelfde indicatie zonder dat sprake is van een aanvullende zorgvraag op grond van een afzonderlijke, gerichte indicatie, niet tegelijk recht op (vergoeding van kosten voor) diëtetiek in combinatie met het zorgprogramma Gecombineerde Leefstijl Interventie (zie artikel B.3.4.).
- Als behandeling plaatsvindt in groepsverband, mag de groep niet groter zijn dan 10 personen.

Voorwaarden

Algemeen

- Bij ketenzorg gaat de declaratie via de hoofdaannemer in de vorm van één integraal tarief. In dat geval geldt de op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgestelde Beleidsregel "Huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg" van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa).
- De zorg mag bij u thuis plaatsvinden als dit medisch noodzakelijk is.

Zorgverlener

Een diëtist verleent de zorg.

Als het om ketenzorg gaat, wordt de zorg geleverd door een diëtist die:

- is aangesloten bij, of gecontracteerd door een hoofdaannemer;
- is aangesloten bij een gecontracteerde hoofdaannemer als sprake is van astma.

Verwijzing

- Is niet nodig als de behandeling wordt gegeven door een gecontracteerde zorgverlener.
- Als de behandeling wordt gegeven door een niet-gecontracteerde zorgverlener, is voor aanvang van de behandeling een verwijzing nodig van een huisarts, arts verstandelijk ge-

handicapt, specialist ouderengeneeskunde, jeugdarts, tandarts, bedrijfsarts, verpleegkundig specialist of medisch specialist.

Akkoordverklaring

Een akkoordverklaring is niet nodig.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor artikel A.20.

B.12. Mondzorg voor alle leeftijden

B.12.1. Mondzorg in bijzondere gevallen

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

De zorg omvat mondzorg in bijzondere gevallen. Deze is noodzakelijk omdat:

- u een ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tandkaak-mondstelsel hebt; en/of
- u een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening hebt; en/of
- u een medische behandeling krijgt die zonder tandheelkundige zorg aantoonbaar onvoldoende resultaat heeft. Bij deze tandheelkundige zorg gaat het over het algemeen om het ontstekingsvrij maken van de mond door bijvoorbeeld een parodontale behandeling, het trekken van (een) tand(en) en/of (een) kies/kiezen, of het toedienen van antibiotica.

Zonder deze mondzorg kan uw gebit de normale functie niet houden of krijgen, die het zonder de aandoening zou hebben gehad.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel A.21.
- Deze zorg wordt verrekend met het eigen risico.
- Kosten van een mandibulair repositie apparaat (MRA) inclusief diagnostiek en nazorg (codes G71*, G72 en G73*) worden niet vergoed als mondzorg. Het betreft een hulpmiddel tegen snurken.
- Kijk voor de voorwaarden in artikel B.12.3.

B.12.2. implantaat

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Deze zorg omvat het plaatsen van een tandheelkundig implantaat:

- als er sprake is van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak waarop het kunstgebit (uitneembare prothese) vastgemaakt kan worden;

en

- als u een ernstige ontwikkelingsstoornis, groei-
stoornis of verworven afwijking van het tand-
kaak-mondstelsel hebt zoals genoemd onder
B.12.1. en uw gebit zonder die tandheeskundi-
ge zorg zijn normale functie niet kan houden of
krijgen, die het zonder die aandoening zou
hebben gehad.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel
A.21.
- Deze zorg wordt verrekend met het eigen risi-
co.
- Er geldt een wettelijke eigen bijdrage voor het
kunstgebit (volledige gebitsprothese) die op
een tandheeskundig implantaat wordt vastge-
maakt. Zie hiervoor artikel B.14.
- In een aanvullende verzekering kan deze zorg
ook extra en/of ruimer verzekerd zijn. Op uw
Vergoedingen Overzicht kunt u zien of dit zo is.
- Kijk voor de voorwaarden in artikel B.12.3.

B.12.3. Orthodontie in bijzondere gevallen

Zorg: waar bent u voor verzekerd?

Orthodontie valt onder uw zorgverzekering als:

- u voldoet aan de eisen die genoemd zijn in
artikel B.12.1.; en
- sprake is van een zeer ernstige ontwikkelings-
of groei-
stoornis van het tand-kaak-mondstelsel
waarbij medebehandeling van andere discipli-
nes dan tandheeskundige zorg noodzakelijk is.

Let op!

- Kijk voor de algemene uitsluitingen in artikel
A.21.
- Deze zorg wordt verrekend met het eigen risi-
co.
- De volgende kosten vergoeden wij niet:
- Reparatie of vervanging van een beugel door
eigen schuld (codes F811B* en F811C*)

Voorwaarden (B.12.1., B.12.2. en B.12.3.)

Algemeen

- Als bij een gecombineerde orthodontische en
kaakchirurgische behandeling prothetische na-
behandeling noodzakelijk is, moet een multi-
disciplinair behandelplan door alle betrokken
zorgverleners opgesteld worden.
- De zorg mag verleend worden op de plaats
waar u verblijft; u hebt hiervoor een schriftelijk
advies van de huisarts of specialist nodig.

Zorgverlener

- De zorg onder B.12.1. wordt verleend door een
tandarts, mondhygiënist, kaakchirurg, ortho-

dontist of een bevoegde zorgverlener die ver-
bonden is aan een centrum voor mondzorg of
Centrum voor Bijzondere Tandheelkunde
(C.B.T.).

- De zorg onder B.12.2. wordt verleend door een
tandarts of kaakchirurg;
- De zorg onder B.12.3. wordt verleend door een
orthodontist of door een Centrum voor Bijzon-
dere Tandheelkunde (C.B.T.);
- Als sprake is van een tandheeskundige behan-
deling onder algehele anesthesie of sedatie
wordt deze verleend door een bevoegde zorg-
verlener:
 - in een door Centraal Overleg Bijzondere
Tandheelkunde (COBIJT) erkend Centrum
voor Bijzondere Tandheelkunde (C.B.T.) of
 - waarmee wij voor deze behandeling af-
spraken hebben gemaakt.

Verwijzing

Als het gaat om het plaatsen van tandheeskundige
implantaten, hebt u voor aanvang van de behan-
deling een verwijzing nodig van een tandarts,
orthodontist of tandarts-implantoloog.

Akkoordverklaring

- Een akkoordverklaring (zie artikel A.18.) is
nodig voor de zorg onder B.12.1.
Bij de aanvraag van de akkoordverklaring zit
een schriftelijke motivering van uw tandarts en
een schriftelijk behandelplan. Wij kunnen onze
akkoordverklaring intrekken als:
 - de mondzorg niet meer noodzakelijk is;
 - u de mondhygiëne ernstig verwaarloost;
 - u de aanwijzingen van de zorgverlener niet
opvolgt.
- Een akkoordverklaring (zie artikel A.18) is no-
dig voor het plaatsen van een tandheeskundig
implantaat (B.12.2.). Daarbij geldt dat u een
ernstig geslonken tandeloze kaak hebt. Bij de
aanvraag voor de akkoordverklaring zit een
schriftelijke motivering van uw tandarts of
kaakchirurg en een schriftelijk behandelplan.
Meer informatie over aanvragen kaakchirurgie
vindt u in de Limitatieve lijst machtigingen
Kaakchirurgie. Deze staat op onze website en
kunt u ook bij ons opvragen.
- Een akkoordverklaring (zie artikel A.18) is no-
dig voor orthodontie in bijzondere gevallen
(B.12.3.). Bij de aanvraag voor de akkoordver-
klaring zit een schriftelijke motivering van uw
orthodontist en een schriftelijk behandelplan.

Tarieven

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor
artikel A.20.

Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering

Artikel 150

De partij die zich beroept op rechtsgevolgen van door haar gestelde feiten of rechten, draagt de bewijslast van die feiten of rechten, tenzij uit enige bijzondere regel of uit de eisen van redelijkheid en billijkheid een andere verdeling van de bewijslast voortvloeit.